



申請日(YYYY/MM/DD)

お客様控え

**EQUALIZATION 適用申請書**

(APPLICATION FOR EQUALIZATION)

申請者 (APPLICANT)

住所 (ADDRESS)

電話番号 (TEL)

FAX番号 (FAX)

担当者名(P.I.C.)


下記貨物の引渡しに際し、船社の定める規定に従い、EQUALIZATIONの適用を申請致します。

なお、本EQUALIZATIONの適用により、本船陸揚げ港CYにて引渡しが行われた場合、引渡し以降の運送に関する責任及び荷渡し地変更により生ずる一切の責任は、上記申請者にあることを確認致します。

1. 本船名 (VESSEL)

2. VOY NO.

3. BILL OF LADING NO.

4. CONTAINER SIZE / 本数

20' X

40' X

5. CONTAINER NO.

6. 受荷主名 (CONSIGNEE)

7. 本船陸揚げ港 (PORT OF DISCHARGE)

8. B/L記載荷渡し地 (PLACE OF DELIVERY)

CY

9. コンテナ最終目的地所在地 (INLAND POINT OF CONSUMPTION) ※番地までご記

10. 空コンテナ返却希望地 (CY/VANPOOL TO WHICH APPLICANT WISHES TO RETURN EMPTY CONT/

※返却地がB/L記載の荷渡し地と異なる場合は、申請前にご相談ください

11. 船社払い戻し額 (AMOUNT PAYABLE)

円

本適用申請書は、本船陸揚げ港入港の前々日まで(但し、土曜、日曜、祝日を除く)に担当窓口へご提出ください。

## 【弊社担当窓口】

&lt;関東&gt;

&lt;関西&gt;

株式会社 MOL JAPAN  
輸入COCグループ商船港運株式会社 神戸事業部  
ターミナル業務グループ 船社COCチーム

TEL :

045-872-8597

TEL :

078-304-1123

FAX :

045-872-8598

FAX :

078-304-1250



申請番号(船社記入欄)

申請日(YYYY/MM/DD)

1900/1/0

船社宛提出

**EQUALIZATION 請求書**

(APPLICATION FOR EQUALIZATION)

申請者 (APPLICANT)

0

住所 (ADDRESS)

0

電話番号 (TEL)

0

FAX番号 (FAX)

0

担当者名(P.I.C.)

0

下記貨物の引渡しに際し、船社の定める規定に従い、EQUALIZATIONの適用を申請致します。

なお、本EQUALIZATIONの適用により、本船陸揚げ港CYにて引渡しが行われた場合、引渡し以降の運送に関する責任及び荷渡し地変更により生ずる一切の責任は、上記申請者にあることを確認致します。

1. 本船名 (VESSEL)

0

2. VOY NO.

0

3. BILL OF LADING NO.

0

4. CONTAINER SIZE / 本数

20' X

0

40' X

0

5. CONTAINER NO.

0

6. 受荷主名 (CONSIGNEE)

0

7. 本船陸揚げ港 (PORT OF DISCHARGE)

0

8. B/L記載荷渡し地 (PLACE OF DELIVERY)

0

CY

9. コンテナ最終目的地所在地 (INLAND POINT OF CONSUMPTION) ※番地までご記入

0

10. 空コンテナ返却希望地 (CY/VANPOOL TO WHICH APPLICANT WISHES TO RETURN EMPTY CONT/

※返却地がB/L記載の荷渡し地と異なる場合は、申請前にご相談ください

0

11. 船社払い戻し額 (AMOUNT PAYABLE)

0

円

本適用申請書は、本船陸揚げ港入港の前々日まで(但し、土曜、日曜、祝日を除く)に担当窓口へご提出ください。

## 【弊社担当窓口】

&lt;関東&gt;

株式会社 MOL JAPAN  
輸入COCグループ

TEL :

045-872-8597

FAX :

045-872-8598

&lt;関西&gt;

商船港運株式会社 神戸事業部  
ターミナル業務グループ 船社COCチーム

TEL :

078-304-1123

FAX :

078-304-1250



申請番号(船社記入欄)

申請日(YYYY/MM/DD)

1900/1/0

船社宛提出

**EQUALIZATION 適用申請書**

(DEBIT NOTE FOR EQUALIZATION)

申請者 (APPLICANT)

0

住所 (ADDRESS)

0

電話番号 (TEL)

0

FAX番号 (FAX)

0

担当者名(P.I.C.)

0

下記貨物の引渡しに際し、船社の定める規定に従い、EQUALIZATIONによる輸送を行ないましたので、払い戻しの請求を申請 致します。

1. 本船名 (VESSEL)

0

2. VOY NO.

0

3. BILL OF LADING NO.

0

4. CONTAINER SIZE / 本数

20' X

0

40' X

0

5. CONTAINER NO.

0

6. 受荷主名 (CONSIGNEE)

0

7. 本船陸揚げ港 (PORT OF DISCHARGE)

0

8. B/L記載荷渡し地 (PLACE OF DELIVERY)

0

CY

9. コンテナ最終目的地所在地 (INLAND POINT OF CONSUMPTION) ※番地までご記入

0

10. 空コンテナ返却希望地 (CY/VANPOOL TO WHICH APPLICANT WISHES TO RETURN EMPTY CONT/

※返却地がB/L記載の荷渡し地と異なる場合は、申請前にご相談ください

0

11. 船社払い戻し額 (AMOUNT PAYABLE)

0

円

本請求書の提出期限は、本船陸揚げ後、90日以内となります。

本請求書には荷主取得のOLT乃至貨物の納入(搬入)先の受領書の写しを添付願います。

## 【弊社担当窓口】

&lt;関東&gt;

&lt;関西&gt;

株式会社 MOL JAPAN  
輸入COCグループ商船港運株式会社 神戸事業部  
ターミナル業務グループ 船社COCチーム

TEL :

045-872-8597

TEL :

078-304-1123

FAX :

045-872-8598

FAX :

078-304-1250